

рейтинг 7,75 балла) и на 0,4 балла 8,125 (2014-2015 учебный год – средний рейтинг 7,75 балла, 2015-2016 учебный год (осенний семестр) – средний рейтинг 8,125 балла).

Выводы.

Таким образом, на кафедре общей и клинической фармакологии с курсом ФПК и ПК внедрена и эффективно используется инновационная технология «case study» по дисциплине «Клиническая фармакология» на 6 курсе лечебного факультета.

Литература

1. Федоринова, З.В. Использование case-study в организации образовательной деятельности студентов (на примере преподавания английского языка) / З.В. Федоринова // Филол. науки. Вопр. теории и практики. – 2010. – № 1 (5). – С. 215-218.
2. The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23 / J.E. Thistlethwaite [et al.] // Med Teach. – 2012. – Vol. 34, №6. – 421-444.
3. Sperling, J.D. Teaching medical students a clinical approach to altered mental status: simulation enhances traditional curriculum / J.D. Sperling, S. Clark, Y. Kang // Med. Educ. Online. – 2013. – Vol. 18, №10. – Mode of access: <http://www.med-ed online.net /index.php/meo/article/view/19775>. – Date of access: 14.10.2015.
4. The effect of simulator training on clinical skills acquisition, retention and transfer / K. Fraser [et al.] // Med. Educ. – 2009. – Vol. 43. – P. 784–789.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ БИОПСИЙНО-СЕКЦИОННОГО КУРСА СУБОРДИНАТОРАМ-ХИРУРГАМ

Крылов Ю.В., Малащенко С.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Основная цель биопсийно-секционного курса (БСК) – обеспечение будущих врачей-клиницистов знаниями, необходимыми для продуктивного взаимодействия с патологоанатомической службой (ПАС) для решения задач практического здравоохранения [1].

Как в нашей стране, так и в России преподавание данной дисциплины проводится на VI курсе лечебного факультета субординаторам акушерам-гинекологам, хирургам, терапевтам, анестезиологам-реаниматологам и педиатрам в количестве 20 академических часов [2,3]. В системе подготовки врачей во времена Советского Союза это время составляло 40 часов. Поэтому в нынешних реалиях в условиях дефицита учебного времени, отпущенного для изучения БСК, разбирать в процессе обучения все программные вопросы без дифференцированного подхода нецелесообразно и непродуктивно.

Цель настоящей публикации – обобщение опыта дифференцированного подхода преподавания БСК субординаторам-хирургам с акцентированием внимания на наиболее часто допускаемых ошибках врачей-клиницистов при взаимодействии с ПАС.

Особенностями преподавания биопсийного раздела для субординаторов-хирургов являются подробный разбор показаний и техники взятия биопсий, правил фиксации и транспортировки материала, направляемого на морфологическое исследование, ошибок при заполнении направлений на патогистологическое исследование. Большое внимание уделяется правильной интерпретации патогистологического заключения при исследовании биопсийного и послеоперационного материалов.

В секционном разделе значительное время отводится на составление комбинированного основного заболевания в заключительном диагнозе при сочетании заболеваний хирургического и терапевтического профиля, изучению примеров хирургической ятрогенной патологии. Например, детально проводятся разбор правил составления заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов и заполнения врачебного свидетельства о смерти при хирургической патологии. Если оперативное вмешательство выполнялось по поводу основного заболевания, то дату и название оперативного вмешательства в диагнозе записывают в рубрике «основное заболевание» сразу после указания той нозологической формы, по поводу которой оно предпринималось. В тех случаях, когда операция выполнялась по поводу осложнения заболевания, то и в диагнозе она записывается в рубрике «осложнения» после указания этого осложнения.

На практике часто приходится сталкиваться с диагнозами заболеваний, построенных по следующей схеме: «обострение хронического (название заболевания)»; «хроническое (название заболевания) в стадии обострения». В правилах по кодированию причины смертности и заболеваемости МКБ-10 указано, что если основное состояние (т.е. заболевание) является как острым (или подострым), так и хроническим, а МКБ предусматривает отдельные рубрики или подрубрики для каждого из них, но не для их комбинации, то в качестве предпочтительного кода для основного состояния следует использовать рубрику «острое состояние». Хотя в ряде случаев МКБ предусматривает соответствующий код для комбинации острого и хронического состояния. Несмотря на вышеизложенное, зачастую приходится сталкиваться с неверной кодировкой ряда патологических процессов, во многом обусловленной желанием «уйти» от летальности, связанной с острой хирургической

патологией. Так, например, неверными являются код N11 для хронического пиелонефрита с обострением (правильный код – N10); для хронического холецистита с обострением (правильный код – K81.0); K.86 для обострения хронического панкреатита (правильный код – K85); K36 для обострения хронического аппендицита (правильный код – и др. В то же время обострение хронического обструктивного бронхита кодируют как J44.1 (хроническая обструктивная легочная болезнь с обострением), так как такая комбинация предусмотрена МКБ.

При кодировании язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки следует учитывать, что стадия обострения кодируется соответственно как K25.4 – K25.6 и K26.4 – K26.6, а стадия рубцевания или ремиссии – соответственно как K25.7 и K26.7. Следует подчеркнуть, что острая язва желудка или двенадцатиперстной кишки не является нозологической единицей (т.е. не может считаться основным заболеванием) и указывается в диагнозе как проявление или осложнение других заболеваний или медицинских мероприятий.

Поскольку при комбинированном основном заболевании в статистическую разработку в качестве причины смерти идет нозологическая единица, выставленная на 1-е место в диагнозе и в графе I врачебного свидетельства о смерти, на занятиях подробно и на конкретных примерах обсуждаются принципы, которыми следует руководствоваться при выборе нозологической единицы, которая должна стоять на первом месте. Так, при составлении диагноза комбинированного основного заболевания, в состав которого входит хирургическая патология, последняя может быть как первым, так и вторым заболеванием. Первым заболеванием эта патология становится в тех случаях, когда ее прямые осложнения сыграли основную роль в танатогенезе (разлитой перитонит, острая почечная недостаточность, сепсис и др.). На 2-е место в диагнозе хирургическая патология может быть помещена в случаях, когда четко установлено возникновение другой тяжелой острой патологии (острый инфаркт миокарда, ишемический инсульт, кровоизлияние в головной мозг и др.) через какое-то время после правильно выполненной операции при отсутствии хирургических осложнений. Необходимо отметить, что интраоперационный инфаркт миокарда следует расценивать как непосредственную (строка «а» в свидетельстве о смерти) или промежуточную (строка «б») причину смерти. Основной причиной смерти (основным заболеванием в диагнозе) является заболевание, по поводу которого была произведена операция.

В ряде случаев у больного может быть тяжелая хроническая нехирургическая патология (тяжелые формы ХИБС, ХОБЛ, цирроз печени с печеночной недостаточностью и т.д.), при наличии которой ему выполнялась какая операция по жизненным показаниям, с отсутствием хирургических осложнений. В этом случае хирургическая патология также может быть вторым заболеванием в составе комбинированного основного заболевания.

Выводы. Дифференцированный подход к преподаванию биопсийно-секционного курса субординаторам-хирургам в условиях дефицита учебного времени позволяет более качественно подготовить будущих врачей к взаимодействию с патологоанатомической службой и соответствует требованиям практического здравоохранения к высшему медицинскому образованию.

Литература

1. Крылов, Ю.В. Краткое практическое руководство по патологической анатомии с элементами судебной медицины для хирургов, терапевтов, акушеров-гинекологов и организаторов здравоохранения) / Ю.В. Крылов, С.В. Малащенко, А.Ю. Крылов. – Витебск, 2013. – 329 с.
2. Руководство по биопсийно-секционному курсу / М.А. Пальцев, В.Л. Коваленко, Н.М. Аничкин. – М. : Медицина; 2002. – 254 с.
3. Романов, В.С. Биопсийно-секционный курс : учеб. пособие / В.С. Романов, А.А. Артифексова. – Н. Новгород : Нижегород. гос. мед. акад.; 2009. – 82 с.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ ТЕСТОВ ПО МЕДИЦИНСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ ДЛЯ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ СТУДЕНТОВ

Кузьмина И.А.,¹ Бизунков А.Б.²

УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»²

В связи с общемировой динамикой интереса к университетскому образованию, ожидается, что к 2025 году количество студентов, обучающихся в других странах, возрастет как минимум в двадцать раз, и доходность оказания образовательных услуг будет сравнима с доходностью наиболее рентабельных отраслей экономики. Это обстоятельство обуславливает устойчивый рост конкуренции между странами, предлагающими услуги в сфере высшего образования [2]. Активизация образовательного рынка напрямую касается и Беларуси, поскольку она входит в двадцатку государств, лидирующих в системе оказания образовательных услуг [3]. Более 28 % иностранных граждан, обучающихся в РБ, изучают медицину или фармацию, что составляет безусловный максимум среди всех специальностей, по которым предлагается обучение.